



AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA CAREGGI

Piano della Performance 2017-2019 – aggiornamento 2019

1. PREMESSA	2
2. L’AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI: CHI E’ E COSA FA	3
2.1. VISIONE DELL’AZIENDA	3
2.2. MISSIONE ISTITUZIONALE	4
2.3. IL CONTESTO ESTERNO	5
2.4. IL CONTESTO INTERNO	7
2.5. L’AZIENDA IN CIFRE	9
3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	10
3.1 L’ALBERO DELLA PERFORMANCE.....	13
3.2 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE ED PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E INTEGRITÀ.....	14
3.3 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO	15
4. IL PROCESSO DI BUDGET	15
5. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	15
6. OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI PER L’ANNO 2019	16
6.1 APPROPRIATEZZA MEDICA, EFFICIENZA ASSISTENZIALE, QUALITÀ CLINICA E DI PROCESSO.....	17
6.2 ESITO DELLE CURE.....	19
6.3 EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA.....	20
6.4 RIORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ AMBULATORIALE E TEMPI DI ATTESA	21
6.5 APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI.....	23
6.6 CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA	26
6.7 CORRETTA REGISTRAZIONE DELL’ATTIVITÀ’.....	26
6.8 TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE.....	26
ALLEGATO A- SCHEDA DI BUDGET	29
ALLEGATO B- SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	30

1. PREMESSA.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” si propone di offrire un sistema nuovo ed alternativo per misurare la produttività del settore pubblico, con l’intento di avviare un percorso di miglioramento ed incentivare l’efficienza e la produttività complessiva del sistema.

La performance è il contributo che un’azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’azienda stessa è costituita.

Il Piano della performance è lo strumento che dà avvio al Ciclo di gestione della performance così come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Per la sua redazione si fa riferimento alle prescrizioni ed agli indirizzi forniti dalla Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) con la delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010. Nel Piano vengono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire “la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”, secondo quanto previsto dall’art. 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie strutture organizzative dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2017-2019, con indicazione delle attività per l’anno in corso, il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell’Azienda.

La funzione di governo di un’Azienda si identifica nell’attività diretta a garantire la coerenza e l’equilibrio tra i risultati raggiunti e le risorse utilizzate, in modo che l’utilità prodotta sia sempre superiore al sacrificio sostenuto dalla società, per il consumo delle risorse.

Governare un’azienda significa incidere sulla quantità e qualità delle risposte ai bisogni, in relazione alle risorse disponibili, tenendo conto della dinamicità del contesto in cui l’azienda opera e della necessità di misurare costantemente i risultati, per riorientarli in funzione del divenire del contesto di riferimento. Le aziende del servizio sanitario, per loro natura, sono assimilate a sistemi ultra-complessi, stante l’impossibilità di ricostruire tutti gli elementi o tutte le relazioni che sottendono al loro funzionamento. I fattori di complessità sono sostanzialmente riconducibili all’interdipendenza dei processi, che implica un forte bisogno di integrazione e coordinamento in funzione della pluralità dei bisogni da soddisfare in una visione unitaria, nonché alla diversità dei prodotti e dei servizi da gestire.

Il Piano della performance dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi presenta l’organizzazione e la mappa degli obiettivi dell’Azienda alla luce delle sue specificità istituzionali. Il Piano, in cui sono descritte le caratteristiche salienti dell’Azienda, costituisce uno strumento organizzativo-gestionale che sistematizza missione, obiettivi strategici, obiettivi operativi ed attività dell’Azienda in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting. Rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell’utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell’azione verso l’esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione. Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate trova espressione a cadenza annuale nel budget.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 ed in conformità con le linee guida fornite dalla stessa ANAC alle Amministrazioni destinatarie del suddetto decreto.

Il presente Piano della Performance ha una valenza triennale per gli anni 2017-2019 e si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione della anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Le logiche di pianificazione che qualificano il presente Piano, elaborato a partire dai primi mesi dell'anno 2017, sono state concretamente applicate nella programmazione degli obiettivi di budget per lo stesso anno. Anche le metodologie valutative da esso previste sono state applicate ai fini della verifica del raggiungimento dei risultati riportati annualmente nella relazione della Performance.

2. L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI: CHI E' E COSA FA

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza. In particolare persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento d'Area Vasta, regionale e nazionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni d'assistenza, didattica e ricerca, costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Toscana nonché del Sistema Universitario.

L'Azienda persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione e favorisce l'innovazione in ambito organizzativo e clinico-assistenziale, anche mediante l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la ricerca traslazionale.

2.1. VISIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda, coerentemente con gli atti di programmazione regionale, individua l'Area Vasta quale dimensione di riferimento delle proprie attività.

L'agire dell'Azienda è comunque caratterizzato dalla partecipazione ad un più ampio ventaglio di reti e relazioni che valorizzano alcune sue peculiarità quali:

- la capacità di erogare prestazioni di alta ed altissima complessità, ponendosi come riferimento per un livello più ampio rispetto all'Area Vasta. Il livello regionale e quello nazionale, anche attraverso il riconoscimento e l'attività dei Centri di Riferimento in essa presenti, costituiscono gli ambiti di relazione più idonei a sviluppare questa sua funzione;
- l'essere nodo strategico dell'offerta ospedaliera, promuovendo e favorendo la partecipazione a reti di patologia, funzionali anche allo sviluppo della continuità ospedale-territorio, coerentemente con i principi della programmazione di Area Vasta e Regionale;
- la capacità di integrare l'attività assistenziale con la ricerca e la didattica, favorendo e promuovendo la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali, di ricerca ed innovazione;

- l'esistenza, al suo interno, di Centri di Ricerca ed Innovazione che costituiscono le articolazioni organizzative nelle quali trovano concretezza la vocazione traslazionale della ricerca biomedica e lo sviluppo della tecnologia innovativa e prototipale;
- lo sviluppo di capacità organizzative necessarie a erogare prestazioni assistenziali di qualità, sostenibili, responsabili e centrate sui bisogni della persona, anche mediante standard organizzativi definiti secondo il modello di Clinical Governance;
- la capacità di percepire il cambiamento e, conseguentemente, attivare le più opportune strategie e sinergie pubbliche e private per trasformare ed innovare i processi;
- la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, ricercando la massima collaborazione e integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali;
- la capacità di porsi come polo di attrazione regionale ed extraregionale per quanto riguarda la costituzione e la gestione del trauma maggiore, avviando la costituzione di un Centro Traumi di Alta Specializzazione (Trauma Center).

2.2. MISSIONE ISTITUZIONALE

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.

Al raggiungimento di tale obiettivo contribuiscono tutte le competenze scientifiche e cliniche dei Dipartimenti universitari dell'area biomedica e quelle del Servizio Sanitario nonché le attività didattiche coordinate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana.

L'Azienda concorre, con la sua azione, alla realizzazione della missione del S.S.R. e contribuisce al suo sviluppo.

Essa individua come elementi costitutivi la propria missione istituzionale, i seguenti principi:

- perseguire l'innovazione in sanità, quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o la modificazione di quelli già esistenti, in grado di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini;
- promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management;
- affermare la ricerca, sia essa di base sia essa applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- sostenere l'innovazione organizzativa e gestionale quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso;
- garantire lo sviluppo di attività finalizzate allo studio della biodiversità e per la ricerca in campo farmaceutico;
- implementare modelli organizzativi in grado di affermare i principi della medicina personalizzata, quale modalità terapeutica innovativa che renda possibile, anche attraverso l'analisi farmacogenomica, la personalizzazione della strategia terapeutica;

- potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di “diversità tra generi” per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere;
- dare risposta appropriata, nel percorso assistenziale, al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Scuola di Scienze della Salute Umana e dei relativi Dipartimenti universitari e sviluppare adeguati percorsi formativi costruiti sulla centralità del soggetto in formazione;
- sviluppare e valorizzare l’offerta formativa con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.);
- ricercare l’appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell’assistenza e nel rispetto del principio di equità nell’accesso alle prestazioni sanitarie;
- operare in un’ottica di percorso, attraverso la partecipazione alle reti di Area Metropolitana, di Area Vasta e Regionali, ponendosi come riferimento per le diverse reti di patologia che emergono dal contesto di riferimento;
- perseguire, nel modo più efficace, l’assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza e al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali attivando anche percorsi sperimentali col mondo dei media;
- diffondere tra i propri utenti l’informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l’autonomia decisionale;
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell’azienda;
- promuovere, come momento essenziale della programmazione aziendale, il confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del S.S.R. e dell’Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato;
- garantire il raggiungimento e mantenimento di standard organizzativi e professionali promossi da società scientifiche, norme e leggi in materia di qualità e sicurezza delle cure;
- orientare il sistema di governo aziendale al miglioramento continuo dei servizi offerti agli utenti favorendo la loro piena soddisfazione nell’ambito dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

2.3. IL CONTESTO ESTERNO

La programmazione aziendale si colloca all’interno di un quadro normativo e finanziario che ha prodotto nell’ultimo triennio pesanti riduzioni delle risorse complessivamente destinate al settore sanitario, sia a livello nazionale sia a livello regionale e delle singole Aziende sanitarie.

Nonostante la scarsità delle risorse finanziarie, il Servizio Sanitario Toscano è riuscito a mantenere livelli di servizio eccellenti, come dimostrano le verifiche effettuate dal Ministero della Salute in relazione all’adempimento di indicatori di performance nei vari livelli di assistenza.

In tale contesto, l’Azienda rafforzerà l’azione - già in essere da alcuni anni - di razionalizzare gli assetti organizzativi e produttivi, al fine di accrescere l’efficienza, salvaguardando l’efficacia e la qualità complessiva dei servizi erogati.

Infatti, a fronte di risorse sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua modificazione (in presenza di fenomeni quali la tendenziale diminuzione della mortalità, l’aumento delle malattie croniche gravi e dell’intensità delle cure in acuto con patologie complesse ad alto assorbimento di risorse) e di assicurare il necessario adeguamento delle tecnologie elettro- bio-medicali, impone la ricerca continua dell’efficienza gestio-

nale, ovvero dell'ottimizzazione dei risultati in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei servizi.

Le linee strategiche aziendali sono prioritariamente derivate dalle disposizioni regionali che hanno indicato obiettivi di salute e di funzionamento miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione, nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali ai fini della valutazione delle attività, la cui verifica è effettuata annualmente dal MES (Laboratorio Management e Sanità della scuola superiore Sant'Anna).

Principali disposizioni nazionali e regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento:

D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e ss.mm.ii.;

Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

D.L.vo n. 517 del 21/12/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

Legge regionale del 24 febbraio 2005, n.40 che disciplina il servizio sanitario della Toscana e ss.mm.ii.;

Il "Protocollo d'Intesa Regione Toscana – Università" approvato con DGRT n. 481/2005 in applicazione del PSR 2005/2007 e confermato dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015 (allegato 10.5).

Delibera RT 1235/2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale";

Delibera RT n. 28 del 16/3/2015 "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale";

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015;

Patto per la Salute 2014 – 2016 tra Stato e Regioni;

Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 "Attuazione Legge 4/3/2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

Decreto Ministeriale n.70 del 2/4/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Delibera RT n.65 del 31/1/2017 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale e ai direttori per la programmazione di area vasta ai fini della valutazione dell'attività";

Delibera Regione Toscana n. 750/2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali";

Delibera RT n.1479 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019".

2.4. IL CONTESTO INTERNO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi assicura altissima qualità all'assistenza di base e sviluppa aree di eccellenza, oltre a caratterizzarsi come polo di attrazione nazionale ed internazionale; svolge anche un ruolo importante come nodo di Area Metropolitana e Area Vasta, nell'ambito delle "reti" che definiscono l'offerta ospedaliera regionale. Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali e internazionali.

L'Azienda ha inoltre le potenzialità per diventare un grande "ospedale di apprendimento" dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità e interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi metodi di training. Questi elementi guidano le scelte strategiche dell'Azienda nel proporsi come punto di riferimento nazionale e internazionale quale ospedale di secondo e terzo livello e come esempio di best-practice sia nell'ambito clinico, sia organizzativo.

L'azienda armonizza gli interventi necessari ai fini del contenimento dei costi con una visione strategica di medio-lungo periodo.

Con questa visione strategica di medio e lungo periodo, l'Azienda ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre alle sue tecnologie, anche le sue strutture.

La revisione dell'assetto organizzativo operata con il Nuovo Atto Aziendale (delibera D.G. n. 547/2014 e s.m.i.) ha comportato – oltre che una semplificazione dell'organigramma - la ridefinizione di un modello produttivo non solo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali, ma anche capace di strategia e di globalità, per:

- favorire lo sviluppo dell'innovazione;
- promuovere lo sviluppo dell'eccellenza;
- sviluppare la ricerca come elemento coesistente alla crescita della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e come valore per il progresso del benessere nella società;
- consolidare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca;
- contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;
- sviluppare soluzioni organizzative secondo la metodologia del project management.

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale, sono stati declinati i principi posti alla base della vision di Careggi e della sua conseguente mission. Il documento ha permesso di ridefinire in maniera profonda l'assetto organizzativo dell'Azienda che poggia le sue fondamenta sui seguenti 8 Dipartimenti ad Attività integrata (DAI):

DAI CARDIOTORACOVASCOLARE
DAI DEA
DAI MATERNO INFANTILE
DAI NEUROMUSCOLOSCELETRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO
DAI MEDICO GERIATRICO
DAI ONCOLOGICO E CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO
DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
DAI SERVIZI

L'Atto ha inoltre introdotto il Dipartimento delle Professioni sanitarie. A supporto delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca garantite dai Dipartimenti clinici, sono state individuate l'Area funzionale Amministrativa e l'Area Tecnica. La Direzione garantisce le funzioni strategiche di

innovazione, sviluppo controllo e monitoraggio attraverso la tecnostruttura dello Staff della Direzione Aziendale.

Gli anni successivi al 2014 sono stati anni di conferma e sviluppo delle scelte strategiche conseguenti al nuovo Atto Aziendale. La lettura data dalla Direzione ai fenomeni economico finanziari e politici che hanno interessato, ed interessano, tutta la Pubblica Amministrazione italiana, sanità compresa, è stata quella di perseguire il cambiamento come strategia ed opportunità per andare incontro alle sfide che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi prevede di affrontare nei prossimi anni. La continua revisione dell'assetto organizzativo, vero e proprio work in progress che ha toccato profondamente l'organigramma aziendale, ha comportato sia una semplificazione delle strutture organizzative nel loro complesso sia una valorizzazione di quegli elementi di eccellenza ed innovazione tipici di un'Azienda Ospedaliero Universitaria: in questo senso l'attività posta in essere dalla Direzione ha richiesto una ridefinizione del proprio modello produttivo in una logica che vuole confermare e potenziare Careggi quale centro di eccellenza e riferimento a livello nazionale ed internazionale.

Nel triennio 2017-2019 si prevede di mantenere la linea di governo ad oggi adottata, tesa a ricercare le migliori soluzioni organizzative per far fronte, in maniera efficiente e compatibile con le risorse finanziarie, ai bisogni assistenziali espressi dall'utenza in una prospettiva di sempre maggiore complessità clinica.

Così, accanto ai generali interventi strutturali sulle SOD, richiesti dal D.M. n° 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e dagli atti di programmazione regionale e di Area Vasta, la Direzione ha ritenuto di dover valorizzare un ulteriore e nuovo strumento organizzativo costituito dalle **Unit**, previste all'art. 25 dell'Atto aziendale, quali entità funzionali multidisciplinari che, partendo da risorse già disponibili e in afferenza al DAI prevalente, riuniscono e coordinano le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso; il tutto in una logica di percorso già espressa a livello nazionale nel Piano e Governo Liste d'attesa quale "...sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica.."

Dal punto di vista dell'assetto strutturale aziendale si prevede che la **Direzione Operativa**, inserita all'interno del nuovo Atto aziendale nel 2014 a diretta afferenza e supporto strategico della Direzione Aziendale con compiti di governo, programmazione e monitoraggio delle risorse strumentali all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti, entri a pieno regime nel 2017 in sinergia con lo sviluppo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie. La Direzione Operativa, quale espressione di attività direzionali, ha collaborato, nella prima fase di avvio, con le piattaforme produttive del DAI delle Professioni per la corretta allocazione delle risorse umane, infrastrutturali e logistiche necessarie alle attività clinico-assistenziali svolte dai Dipartimenti, avviando il monitoraggio costante del loro utilizzo in maniera efficiente e appropriata. La struttura sarà ulteriormente oggetto di integrazione con i Dipartimenti, le ADO e le SOD, a cui vengono assegnate funzionalmente le risorse, e con le strutture del Dipartimento delle professioni sanitarie deputate alla gestione organizzativa delle risorse di volta in volta assegnate in base alla pianificazione della Direzione Operativa.

In questo contesto rappresentano elementi di novità organizzativa e progettuale i **Centri di Innovazione e Ricerca**, quali articolazioni aziendali nelle quali trovano espressione compiuta la

vocazione traslazionale della ricerca biomedica e dello sviluppo della tecnologia innovativa e prototipale. Essi sono posti alla base di una precisa scelta strategica della Direzione aziendale che ha ritenuto imprescindibile lo sviluppo di alcuni filoni di attività a supporto di un sistema che, anche a fronte di una oramai cronica contrazione delle risorse, mantiene viva la necessità “culturale” di elaborare soluzioni finalizzate ad assicurare e mantenere l’efficienza ed efficacia del sistema salute

Un ulteriore ed importante elemento di novità è costituito dalla creazione, nel corso del 2016, di una **Clinical Trial Center aziendale**; prendendo spunto dalle esperienze internazionali presenti in tale ambito si è ipotizzato di definire, nel corrente anno, il modello organizzativo del Clinical Trial Center dell’AOU Careggi (di seguito CTC) quali elemento strutturale che si inserisce nel generale riordino dei Comitati Etici di cui al cd Decreto Balduzzi (D.L. 13/09/2012 n° 158 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”). Si ritiene di poter concludere la fase progettuale di disegno del modello organizzativo del C.T.C. nel 2016 al fine di consentire la sua piena operatività nel 2017.

2.5. L’AZIENDA IN CIFRE

AOUC IN CIFRE	ANNO 2017	ANNO 2018 (dati provvisori)		
N. RICOVERI ORDINARI	49.090	47.448		
N. DAY HOSPITAL	16.541	15.270		
N. GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	316.626	314.249		
N. ACCESSI DH	38.073	32.055		
DEGENZA MEDIA	6,45	6,62		
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1,25	1,29		
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO	119.112	54.744 (fino al 20/6)		
N. POSTI LETTO <i>(inizio anno al netto dei letti tecnici)</i>	1.304	1.293		
N. PERSONALE DIPENDENTE OSPEDALIERO	5.165	5.124		
N. PERSONALE UNIVERSITARIO ED ALTRO PERSONALE	218	215		
	ANNO 2017 (per pz. esterni)	ANNO 2018 (per pz. esterni - dati provvisori)	ANNO 2017 (per pz. interni)	ANNO 2018 (per pz. interni - dati provvisori)
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI (al netto dei pz. interni)	4.206917	3.998.228	2.955.927	3.316.183
Di cui:				
N. PRESTAZIONI DI LABORATORIO	2.834.571	2.655.207	2.576.102	2.961.389
N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	246.983	251.069	129.737	136.261
N. VISITE	595.125	575.257	87.975	90.180

3. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

Il sistema di valutazione della performance si inserisce nel più ampio ciclo di gestione della performance, processo aziendale composto dalle seguenti fasi:

- definizione e negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché di definizione ed assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (**Piano della performance**)

- monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché di valutazione individuali infrannuali (**Monitoraggio infrannuale della performance**)

- misurazione e valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (**Valutazione performance organizzativa**) che dei singoli professionisti (**Valutazione performance individuale**) e correlata distribuzione degli incentivi/risultato.



Nel Ciclo di gestione della performance si delineano quindi la fase di **programmazione**, quella di **monitoraggio** intermedio durante l'anno e quella di **valutazione finale**.

La **fase di programmazione** prende avvio con la programmazione sanitaria regionale, le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie, le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

La Direzione aziendale definisce quindi le linee di programmazione strategiche aziendali che poi vengono declinate, tramite il processo di budget, in obiettivi operativi con relativi indicatori e valori attesi. Si procede quindi alla fase di negoziazione con i direttori di struttura delle schede di budget e degli obiettivi che devono essere raggiunti dalle strutture stesse, con relativi indicatori e valori attesi, fase che si conclude con la sottoscrizione delle schede di budget da parte dei direttori di struttura.

Durante l'anno avviene la misurazione della performance attraverso il monitoraggio dell'andamento degli indicatori a confronto con i valori attesi evidenziando eventuali scostamenti ed individuando eventualmente azioni correttive al fine di rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi stessi a fine anno; è questa la fase di **monitoraggio infrannuale**.

L'analisi degli scostamenti tra obiettivi assegnati e risultati attesi, ancorché parziale, è svolta al fine di evidenziare le possibili cause che hanno determinato eventuali scostamenti; nel caso in cui le cause siano interne si porrà la necessità di intraprendere azioni correttive; se invece sono esterne, non governabili dal direttore di struttura, nascerà la necessità di rinegoziare gli obiettivi stessi.

Finito l'anno, si avvia infine il processo di **valutazione della performance** organizzativa aziendale nel suo complesso, a livello di singola struttura (**verifica budget**) ed individuale (**valutazione individuale**). Ai risultati finali di valutazione delle performance è collegato l'utilizzo del sistema premiante.

La **valutazione della performance organizzativa dell'azienda** è effettuata dal **MES (Laboratorio management e sanità)** che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il **bersaglio**, un sistema di indicatori raggruppati, secondo il modello di balance scorecard, in cinque dimensioni: capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, valutazione sanitaria, valutazione esterna, valutazione interna, valutazione economico finanziaria ed efficienza operativa.

All'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore del bersaglio che deve durante l'anno migliorare la propria performance rispetto all'anno precedente avvicinandosi al valore assegnato dal MES.

Per la valutazione finale delle performance, il MES elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in 5 fasce: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa). L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci sono margini di miglioramento.

Altro strumento di valutazione delle performance organizzativa aziendale è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

A partire dal 2014 per le AOU del Network delle Regioni è stato sperimentato un ulteriore **modello** di valutazione, quello del **CRISP** (Centro di ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'università degli studi di Milano-Bicocca), al fine di confrontare e valutare l'efficacia dell'attività svolta. La finalità principale non è quella di produrre graduatorie e classifiche tra aziende e reparti bensì quella di fornire ulteriori strumenti di supporto per il miglioramento continuo delle performance. Il confronto dell'efficacia tra reparti della medesima specialità in contesti aziendali similari quali gli ospedali universitari, consente infatti di individuare potenziali criticità da analizzare attraverso specifici audit interni sulla qualità dei dati, sull'organizzazione dei percorsi, sulle risorse a disposizione nonché sulla pratica clinica. Tale confronto, allo stesso tempo,

consente di individuare best practice che meritano di essere approfondite non solo dal punto di vista della pratica clinica ma anche rispetto ai modelli organizzativi e gestionali.

L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il modello prevede 3 fasce di valutazione: rosso, giallo e verde ed è di tipo "conservativo" in quanto è costruito in modo tale che viene segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l'outcome atteso. Il sistema di valutazione si basa quindi su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire.

La **valutazione della performance organizzativa delle singole strutture** è effettuata annualmente dall'UO Controllo Direzionale ed altre strutture dello Staff della Direzione Aziendale; non appena sono disponibili i dati consolidati dell'anno precedente, viene fatta la verifica finale dei risultati raggiunti da ciascuna struttura tramite il confronto tra gli obiettivi di budget negoziati presenti nella scheda ed i risultati realizzati.

Non appena conclusa la fase di negoziazione di budget sono definiti gli obiettivi individuali e/o di équipe, strettamente legati a quelli delle strutture. Essi, congiuntamente ai comportamenti organizzativi ed alle competenze espresse, sono assegnati ai singoli operatori tramite apposita scheda. Qualora necessario, sono perfezionati in sede di verifica intermedia.

Le schede di valutazione individuale vengono predisposte dalla U.O. Politiche del Personale e dalla UO Programmazione, gestione e valutazione risorse umane e processi assistenziali a seguito della conclusione della fase di negoziazione del budget dell'anno di riferimento.

Tali schede sintetizzano gli obiettivi che ciascun dipendente deve perseguire personalmente nell'anno di riferimento e sono illustrate ai valutati dai valutatori di prima istanza, ossia dai diretti superiori gerarchici per la prevista sottoscrizione.

Possono essere previste formalmente delle valutazioni individuali infrannuali, in ogni caso è opportuno che il valutatore dia con una certa continuità riscontri al valutato rispetto agli obiettivi assegnati.

Rispetto ad ogni parametro di valutazione, infine il valutatore formulerà a consuntivo un giudizio - espressione del riscontrato grado dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato - secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi (non adeguato, migliorabile, adeguato, buono, eccellente) ai quali corrispondono differenziati giudizi sintetici valorizzati; è questa la fase di **valutazione della performance individuale**.

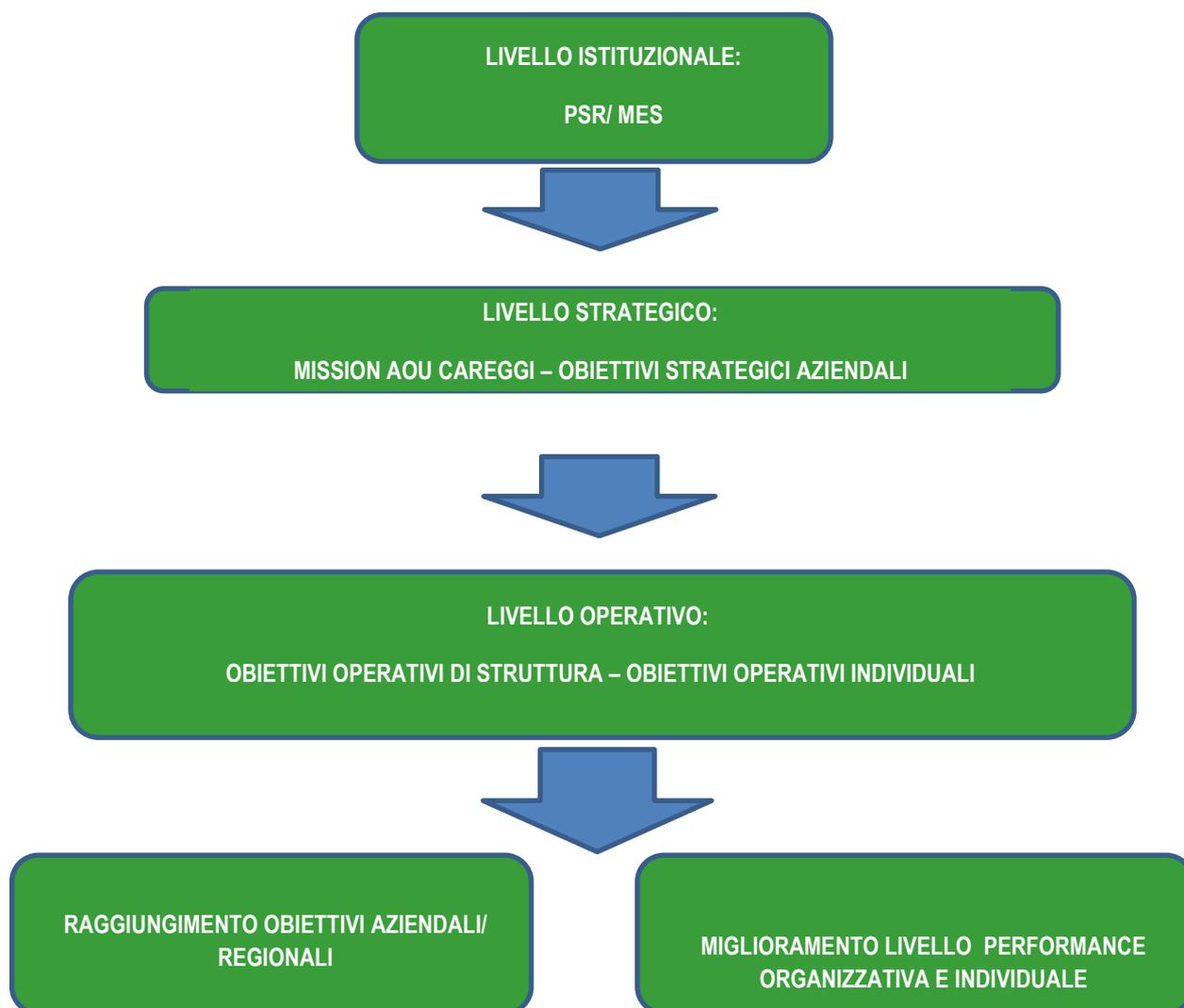
Le valutazioni dei risultati e dei comportamenti attesi, opportunamente combinate, concorrono alla definizione della valutazione finale di ciascun dipendente (Indice di Performance Individuale - IPI) che il valutatore illustra al valutato, anche ai fini dell'elaborazione di piani di miglioramento individuali ed all'acquisizione di eventuali osservazioni/ controdeduzioni.

In estrema sintesi si riporta il **timing del ciclo di gestione della performance**:

TEMPO	FASE	AZIONE
SETTEMBRE-NOVEMBRE	DEFINIZIONE LINEE DI INDIRIZZO	VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO AZIENDALE; ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO; PREDISPOSIZIONE DELLE LINEE STRATEGICHE DI INDIRIZZO AZIENDALI
SETTEMBRE-NOVEMBRE	ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI SCHEDE DI BUDGET	ELABORAZIONE DELLA REPORTISTICA E DELLE SCHEDE DI BUDGET
SETTEMBRE-NOVEMBRE	STIMA EFFETTI ECONOMICI DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET E REDAZIONE BILANCIO PREVENTIVO	STIMA MAGGIORI/MINORI COSTI/RICAVI E REDAZIONE DEL BILANCIO PREVENTIVO
OTTOBRE-DICEMBRE	NEGOZIAZIONE OBIETTIVI BUDGET	EFFETTUAZIONE INCONTRI DI NEGOZIAZIONE CON DIRETTORI DAI E SOD/VO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI BUDGET
GENNAIO-MARZO	ASSEGNAZIONE OBIETTIVI INDIVIDUALI	ELABORAZIONE E SOTTOSCRIZIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE
GENNAIO-DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE BUDGET	ELABORAZIONE REPORTISTICA ED ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI MONITORAGGIO
		INCONTRI CON DIRETTORI DAI E SOD/VO
GENNAIO-DICEMBRE	MONITORAGGIO INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE	VALUTAZIONE INFRANNUALE PERFORMANCE INDIVIDUALE
FEBBRAIO-APRILE	VERIFICA FINALE BUDGET	CALCOLO VALORE INDICATORI E ANALISI SCOSTAMENTI
		ELABORAZIONE SCHEDE BUDGET DI VERIFICA FINALE
		PRESENTAZIONE/INVIO SCHEDE DI VERIFICA FINALE AI DIRETTORI SOD/VO CON SOTTOSCRIZIONE FINALE DELLA SCHEDA DI VERIFICA BUDGET
		VALUTAZIONE E APPROVAZIONE OIV
FEBBRAIO-GIUGNO	VALUTAZIONE INDIVIDUALE	MISURAZIONE E VALUTAZIONE FINALE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE
GIUGNO-DICEMBRE	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PRODUTTIVITA'	EROGAZIONE DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PRODUTTIVITA' SULLA BASE DEI RISULTATI CONSEGUITI DERIVANTI DALLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA ED INDIVIDUALE

3.1 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance rappresenta i legami tra la programmazione regionale, la missione aziendale, gli obiettivi strategici ed operativi. Tale rappresentazione mostra come gli obiettivi, di diversa natura, contribuiscano ai vari livelli organizzativi al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali nonché al miglioramento dei livelli di performance sia organizzativa che individuale.



3.2 COERENZA TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

In considerazione del quadro normativo emerso a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e ss.mm.ii, e n. 39/2013, il Piano è concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e, nell'ottica del coordinamento già promosso con la delibera CIVIT n. 6/2013 ed espressamente previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contempla un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sarà quindi assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione organizzativa e individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

3.3 COERENZA TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E LA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti.

In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In AOU Careggi questo passaggio avviene attraverso la negoziazione dei budget di spesa per conto economico con i Gestori di Fabbisogno, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo.

Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di budget gli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infrannuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Gestori di Fabbisogno.

4. IL PROCESSO DI BUDGET

Per il processo di budget si rinvia allo specifico paragrafo previsto all'interno del documento aziendale "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance".

5. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Per il processo di valutazione della performance individuale si rinvia allo specifico paragrafo previsto all'interno del documento aziendale "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance".

6. OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI PER L'ANNO 2019

Fornire servizi sanitari di alta qualità, erogare un numero di prestazioni, sia di ricovero che ambulatoriali, adeguate come volume e tipologia, utilizzare al meglio le risorse a disposizione sono obiettivi che dovrebbero essere soddisfatti da ogni azienda sanitaria.

La fisionomia dell'ospedale sta cambiando notevolmente nel corso degli anni: mentre nei decenni precedenti era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, erogando pertanto prestazioni ad un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario, ai nostri giorni dovrebbe essere luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità. Nell'ultimo decennio sono state pertanto messe in atto politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera che hanno portato ad una riduzione delle attività di ricovero ordinario ed un parallelo incremento dell'attività di day hospital e day surgery e dell'attività ambulatoriale.

Oltre la modifica dei setting assistenziali si è cercato sempre più di rispettare l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, la qualità clinica e di processo.

Per *appropriatezza* si intende la capacità di erogare prestazioni efficaci ed adeguate ai bisogni dei pazienti, utilizzando il giusto impegno di risorse. Dal momento infatti che le risorse sono limitate, per consentire l'accesso tempestivo a prestazioni di buona qualità a chi ne ha davvero bisogno, occorre evitare un consumo delle risorse eccessivo e senza controllo.

Per *efficienza* si intende la capacità di utilizzare le minime risorse per il massimo raggiungimento dei risultati; per l'assistenza ospedaliera spesso l'efficienza viene misurata con la degenza media, utilizzato come indicatore proxy. Per incrementare l'efficienza spesso occorre ricorrere a cambiamenti organizzativi: individuare i percorsi più appropriati, scegliendo se possibile setting assistenziali alternativi al ricovero, cercando di sviluppare continuità assistenziale con il territorio attraverso le dimissioni protette, utilizzando al meglio la risorsa delle sale operatorie. In sanità infatti la qualità non è sinonimo di maggiori costi bensì di uso efficiente delle risorse.

Quando si parla di *efficacia* si vanno ad analizzare i risultati clinici ovvero il miglioramento della salute del paziente. Per la misurazione dell'efficacia si utilizzano indicatori di esito e di processo.

Ogni azienda sanitaria dovrebbe infine erogare prestazioni di elevata *qualità* dove, per qualità, si fa riferimento ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base di evidenze scientifiche che sulla condivisione tra professionisti, le complicità, le riammissioni.

Al fine del raggiungimento dell'appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità clinica e di processo sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori sia dal Laboratorio MES, che dal CRISP e dall'AGENAS con gli indicatori PNE; l'AOU Careggi stessa, ogni anno, struttura una serie di nuovi indicatori aziendali volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: per il 2019 ad esempio sono stati strutturati una serie di indicatori per migliorare l'efficienza di sala operatoria ed una serie di indicatori per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Tutti gli obiettivi strategici di seguito dettagliati determinano la definizione di obiettivi operativi, sia di budget che individuali, da realizzare nel corso del 2019.

6.1 APPROPRIATEZZA, EFFICIENZA, EFFICACIA, QUALITÀ CLINICA E DI PROCESSO

Buona parte degli indicatori MES sono relativi al conseguimento da parte delle aziende sanitarie dell'appropriatezza, efficienza, efficacia, qualità clinica e di processo.

Sono ormai quasi 15 anni che le aziende sanitarie Toscane vengono misurate annualmente con il Bersaglio MES; gli obiettivi in questo presenti diventano quindi obiettivi per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Al fine di misurare l'efficienza assistenziale sono utilizzati oramai da diversi anni indicatori sulla degenza media; per l'appropriatezza chirurgica è richiesto, per i drg chirurgici non LEA a rischio di inappropriata, il rispetto delle soglie di ricovero da fare in regime di DH-DS definite con delibera regionale; per l'appropriatezza medica la riduzione dei drg non LEA medici e dei DH con finalità diagnostica; per l'appropriatezza di percorso il rispetto dei 30 giorni per gli interventi chirurgici oncologici. Relativamente alla qualità delle cure è stata da sempre posta molta attenzione al percorso nascita al fine di migliorare i servizi e rendere il percorso meno medicalizzato. A livello mondiale si osserva infatti che nelle regioni più sviluppate la percentuale di cesarei è aumentata e, dal momento che un grosso ricorso al cesareo non assicura un vantaggio in termini di salute né alla madre né al figlio né un corretto utilizzo delle risorse dei servizi sanitari, l'obiettivo è quello di riportare il ricorso al cesareo ai soli casi effettivamente necessari. Parallelamente si è posta da sempre altrettanta attenzione ai tempi di intervento chirurgico nelle fratture di femore: è infatti noto che i tempi ottimali di intervento per gran parte di tali fratture siano entro 2 giorni. Vi sono poi altri indicatori MES che vanno a misurare la qualità clinica e/o di processo quali: la % di interventi di riparazione della valvola mitrale; la % di colecistectomie laparoscopiche in DS; le complicanze a 30 gg dall'intervento delle colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario; la % di interventi programmati al colon in laparoscopia; la % di interventi conservativi o nipple/skin sparing per tumore maligno alla mammella; la % di prostatectomie transuretrali; la % di riammissioni a 30 gg per interventi TUR. Infine gli indicatori PNE di riammissione entro 30 gg per BPCO, ictus, scompenso cardiaco congestizio.

Sono stati inoltre inseriti come obiettivi budget (a partire dal 2017) quelli di qualità clinica e di processo del CRISP. L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 indicatori di outcome: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Dal momento che nell'azienda le dimissioni volontarie sono molto basse per tutte le strutture, è stato deciso di non considerare tale indicatore; sono invece stati inseriti come obiettivi gli altri 3 indicatori sopra indicati. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il valore atteso per ciascun indicatore è quello di migliorare la propria performance rispetto a quella media regionale calcolata per le diverse discipline.

Sulla base delle delibere regionali di assegnazione annuale degli obiettivi alle aziende sanitarie, vengono quindi definiti gli obiettivi aziendali. Dal momento che nei mesi nei quali l'azienda negozia il budget per l'anno successivo (ottobre-dicembre) la Regione Toscana solitamente non ha ancora assegnato gli obiettivi alle aziende sanitarie, per la negoziazione degli obiettivi di budget si fa inizialmente riferimento agli obiettivi/indicatori MES definiti con l'ultima delibera regionale, aggiornandoli non appena esce la nuova delibera di assegnazione obiettivi per l'anno in corso.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali indicatori, per rilevanza strategica o per trasversalità, del Bersaglio MES divenuti obiettivi budget; il valore atteso per il momento è rimasto quello per l'anno 2018 in quanto l'ultima delibera RT n.1479 del 21.12.2018 di "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019" non aggiorna per il momento gli indicatori del Bersaglio MES, assegna invece nuovi obiettivi attingendo dal Nuovo sistema di Garanzia, dalla Griglia LEA, dal PNE e Prose nonché dalla Direzione Regionale definendo gli obiettivi/ indicatori per il 2019 ma non ancora i valori attesi dando per il momento solo una soglia indicativa rimandando ad ulteriore decreto la differenziazione dei valori attesi per le singole aziende.

OBIETTIVI STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	miglioramento/ mantenimento
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	miglioramento/ mantenimento
APPROPRIATEZZA CHIRURGICA	INCREMENTO GESTIONE LEA CHIR. IN REGIME DS	MES: % STANDARD LEA CHIRURGICI RAGGIUNTI IN DS	> 94.91 %
APPROPRIATEZZA MEDICA	RIDUZIONE DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	MES: SCOST. PERC. NUMERO RICOVERI PER DRG LEA MEDICI A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	< -5 %
APPROPRIATEZZA MEDICA	CONTENIMENTO DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	MES: PERC. DH MEDICI CON FINALITA' DIAGNOSTICA	< 6 %
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO TEMPI DI ATTESA PER PZ. ONCOLOGICI	MES: ATTESA MEDIA DEL RICOVERO PER INTERV. CHIR. PER TUMORE	< 30
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	< 5.14 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	< 5.54 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	< 23 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	> 70 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	> 68.38 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 87.68 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO: COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO	< 2 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	> 59.53 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMELLA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO	> 87 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: RIAMMISSIONI A 30 GG PER INTERVENTI TUR	< 4.62 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	> 93.29 %
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	> 94.08 %
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	< 2.3 %
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES/ CRISP	PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	< 13.35 %

QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CAR- DIACO CONGESTIZIO	< 14.7 %
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	< 7.28 %
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE AT- TESO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVI- STI PATTO STABILITA'	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	differenziato per disciplina
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	differenziato per disciplina
QUALITA' CLINICA/ DI PRO- CESSO	RISPETTO STANDARD PREVI- STI MES/ CRISP	CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERATORIA/ TOT. IN- TERVENTI CHIR.	differenziato per disciplina

6.2 ESITO DELLE CURE

Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, negli ultimi anni sono stati definiti sempre più indicatori di outcome con il fine di monitorare il miglioramento del livello di salute della popolazione. Questo infatti è influenzato da una serie di fattori non solo biologici, ambientali e comportamentali ma anche legati al servizio sanitario; la misurazione più diffusa con gli indicatori di esito è il tasso di mortalità: l' "evento morte" rappresenta infatti un indicatore proxy del livello di salute della popolazione. Ai nostri giorni si rileva sempre più la diffusione di malattie cronico degenerative, in primo luogo il cancro e le malattie cardiovascolari; il diffuso benessere ed il miglioramento delle cure negli ultimi decenni hanno tuttavia permesso di raggiungere un'aspettativa di vita sempre più lunga. Tra gli indicatori diretti dello stato di salute di una popolazione quello della mortalità è senza dubbio quello più diffuso anche se non esente da limiti in quanto esistono malattie come l'artrosi, il diabete, l'ipertensione che pur essendo molto diffuse presentano tassi di mortalità molto bassi.

Per la prima volta la legge di Stabilità per l'anno 2016, poi riconfermata dalle successive leggi di Stabilità, introduce un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN", afferma che le aziende sanitarie entreranno in piano di rientro non solo se non rispettano l'equilibrio economico ma anche se non rispettano i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

A specificazione di ciò nell'Allegato del Patto di Stabilità viene definito un set di indicatori di esito, raggruppati in diverse aree cliniche, con relative fasce di valutazione: molto bassa (5-rossa); bassa (4-arancione); media (3-gialla); alta (2-verde chiaro); molto alta (1-verde scuro). E' sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Già a partire dal 2016, riconfermandoli nel triennio 2017-2019, sono stato quindi introdotti come obiettivi il rispetto, per tutti gli indicatori di esito previsti nella Legge di Stabilità, del valore atteso pari a quello della fascia verde corrispondente ad una performance molto alta.

Di seguito riportati, gli indicatori di esito, selezionati nel Patto di stabilità - parte di quelli del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute - divenuti obiettivi di budget.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTO-CORONARICO	< 1.5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	< 1.5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< .5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	< 6 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	< 8 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1.5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 5 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %

6.3 EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

Il valore economico della risorsa “sala operatoria” è uno dei più onerosi per l’azienda e l’importanza strategica che una sua gestione corretta permetta di rendere ottimale la performance globale dell’iter di cura del paziente, rende l’uso corretto e consapevole dei comparti operatori fondamentale per garantire di sostenere costi adeguati alla qualità del servizio erogato.

Con il nuovo regolamento di sala operatoria sono state definite le regole generali di funzionamento del comparto operatorio per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente.

Nel corso del 2019 è previsto, come ulteriore sviluppo del regolamento delle sale operatorie, l’ampliamento del sistema di monitoraggio e controllo complessivo delle attività chirurgiche, volto ad evidenziare il miglioramento nell’utilizzo efficiente ed appropriato della risorsa sala operatoria in applicazione del nuovo modello organizzativo impostato. Al fine di migliorare l’efficienza di sala operatoria per il 2019 è stato quindi chiesto a chirurghi, anestesisti e personale del comparto di

sala di cercare di sfruttare al meglio tale risorsa attraverso il monitoraggio dell'orario di ingresso del primo paziente al blocco operatorio chiedendo che si avvicini alle ore 7,30, dell'orario della prima incisione (che a seconda delle strutture varia tra le ore 8 e le ore 9) chiedendo ad ogni struttura un miglioramento rispetto alla situazione del 2018, dell'orario dell'ultima sutura chiedendo di fare attenzione a non sfiorare le 19,30 ed allo stesso tempo di non terminare prima delle 17,30 per non lasciare inutilizzate le sale.

Nel 2019 è prevista l'introduzione del cruscotto di monitoraggio quotidiano e report mensile dell'inizio e fine seduta, nonché la reportistica di utilizzo effettivo delle sale di sala operatoria; tali aspetti sono stati introdotti come obiettivi di budget per tutte le strutture aziendali che partecipano alla realizzazione delle attività di sala operatoria.

Nella tabella sottostante i nuovi indicatori sull'efficienza di sala operatoria:

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	PERC. PRIMI PZ ENTRATI NEL BLOCCO ENTRO LE 7,30	>70%
		PERC. PRIME INCISIONI ENTRO ORARIO STABILITO	>70%
		PERC. ULTIME SUTURE ENTRO 19,30	> 95%
		PERC. ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17,30	>10%

6.4 RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE E MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

La tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte in regime SSN è componente fondamentale della qualità clinica e della qualità percepita dei servizi sanitari. Il mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della "libera scelta" del cittadino di avvalersi del regime libero professionale. Per tale motivo per il 2019 sono stati definiti quali obiettivi per tutte le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali, obiettivi sia di miglioramento dei tempi di erogazione sia del rispetto della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale.

A rafforzare l'esigenza di *miglioramento dei tempi di attesa* sono state prima la delibera della Regione Toscana n. 750 dell'agosto del 2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali", poi a dicembre la delibera RT n.1479 sul "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019" che, tra i tanti obiettivi assegnati alle aziende, ne introduce di specifici sui tempi di attesa. La priorità per le prestazioni di "primo contatto" può assumere i valori di U (Urgente), prestazioni che andrebbero erogate entro 72 ore, B (Breve) da erogare entro 10 giorni, D (Differibile) da effettuare entro 15 ovvero 30 giorni per le visite (a seconda della tipologia di visite) e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici più semplici. Per le visite sono previsti in generale 30 giorni, 15 giorni per le seguenti: cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica.

Per il 2019, oltre che il rispetto dei tempi per le visite specialistiche, sono stati introdotti anche obiettivi sul *miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche d'emergenza* (per tac, eco, rx) così come il *miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche* (per le tac,

rm) andando a misurare il tempo di erogazione delle prime prestazioni erogate al fine di migliorare la qualità del percorso.

Rimane per il 2019 l'obiettivo, già presente nel 2018, per tutte le strutture che erogano attività di tipo ambulatoriale, di adesione alla *riorganizzazione dell'attività ambulatoriale* tramite la realizzazione di nuovi modelli di programmazione, organizzazione, gestione operativa e monitoraggio dell'offerta ambulatoriale stessa tesi a garantire una maggiore efficienza erogativa e a migliorare i percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni da parte degli utenti.

Il Regolamento aziendale per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale (aprile 2017) conteneva già le previsioni della Del. GRT n. 750 del 2 luglio 2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali" che definisce le modalità attraverso le quali le diverse strutture aziendali realizzano gli intenti strategici della direzione aziendale, anche condivisi nella pianificazione di Area Vasta, al fine di garantire:

- Il governo dell'attività ambulatoriale aziendale
- L'equità di accesso all'offerta ambulatoriale aziendale da parte di cittadini e operatori
- La prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale
- Il contenimento dei tempi di attesa
- Il rispetto del sistema di regole volte a gestire separatamente il primo accesso alle prestazioni e la presa in carico dei percorsi di cronicità e follow-up
- Un efficiente impiego del personale di supporto, delle tecnologie e degli spazi fisici
- Il presidio sui singoli processi da parte di livelli di responsabilità identificati
- La catena di trasmissione per gestire evenienze ordinarie e straordinarie di modulazione dell'attività.

Nella tabella che segue i relativi obiettivi ed indicatori:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	DISPONIBILITA' PRIME VISITE (PRIORITA' D+P) PER PZ. ESTERNI	PERC. PRIME VISITE EROGATE ENTRO I TEMPI PREVISTE DEL. RT 750/2018	> 80%
		N. PRIME VISITE IN ISTITUZIONALE/TOT. PRIME VISITE (ISTITUZIONALE + LP)	> 50 %
	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO 6 ORE	> 70 %
MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO	ADESIONE ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE	PERC. ADESIONE ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE	=100%
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	MIGLIORAMENTO PERCORSO ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	PERC. PRIME TAC ESEGUITE ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%
		PERC. PRIME RM ESEGUITE ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%
	RIDUZIONE TEMPI RISPOSTA PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA D'EMERGENZA	PERC. TEMPO ESUCUZIONE TAC ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%
		PERC. TEMPO ESUCUZIONE RX ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%
		PERC. TEMPO ESUCUZIONE ECO ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%

6.5 APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nell'anno 2019 i temi della sostenibilità economica e dell'appropriatezza, sia clinica che organizzativa, del settore farmaceutico, saranno i temi centrali su cui convergeranno la maggior parte delle attività della Farmacia.

Sono in gran parte già noti i farmaci ad alto impatto economico che nel corso del 2019 completeranno l'iter negoziale e si renderanno dunque disponibili in commercio. L'uso di queste nuove terapie, al pari di quelle ad alto rischio di inappropriatazza già introdotte nella pratica clinica negli scorsi anni, dovrà essere adeguatamente indirizzato e costantemente monitorato dai farmacisti nell'ambito sia di specifici incontri con i medici e con i dipartimenti di competenza che nelle riunioni di budget. Particolare attenzione sarà rivolta all'area della sclerosi multipla, dell'oncoematologia e delle malattie rare o prive di alternative terapeutiche con accesso al fondo aifa 5% ai sensi della L.326/2003.

I farmaci biosimilari ed equivalenti che si sono resi disponibili alla fine dell'anno 2018 e che raggiungeranno il mercato nel corso di quest'anno, rappresentano una cruciale opportunità di risparmio economico per garantire la tenuta del sistema di fronte ad una crescente offerta di tecnologie sanitarie innovative e costose. La Farmacia sarà dunque impegnata ad implementare tempestivamente questi farmaci attraverso incontri con i professionisti delle aree interessate e successivamente monitorando costantemente lo switch dal farmaco branded all'aggiudicatario di gara. Particolare attenzione sarà inoltre rivolta alla prescrizione delle alternative terapeutiche dei farmaci biosimilari/generici o alle opzioni di seconda o terza linea per accertare che non si verifichi la scelta di alternative addirittura ancora meno appropriate del farmaco branded.

Nell'anno 2018, su indicazione della Regione Toscana, è stato approfondito il tema riguardante l'impatto della prescrizione dei medici di AOUC verso il territorio. Infatti la prescrizione degli specialisti di AOUC costituisce un volano che induce la continuazione della prescrizione da parte dei medici di medicina generale (MMG) sul territorio delle Aziende ASL. Grazie al maggiore governo di questo processo ottenuto in sinergia con Regione Toscana e ASL Centro, nel 2018 sono stati conseguiti importanti risparmi della spesa farmaceutica in ottica di SSR. Per esempio, lo switch intensivo dalla formulazione branded di etanercept a quella biosimilare, avviato da febbraio 2018 ha rapidamente portato ad un risparmio molto consistente grazie ad un incremento delle percentuali di utilizzo del biosimilare (soltanto il 27% a febbraio 2018 fino a quote superiori al 93% a partire da agosto 2018). In questo ambito, nel 2019 la sfida più importante riguarderà il farmaco adalimumab, seconda voce di spesa in erogazione diretta per la Regione Toscana.

Queste azioni, condotte in collaborazione con ASL Centro permettono di costruire un osservatorio permanente di benchmarking tra ospedali, medici e professionisti operanti su un area geografica omogenea e coerente in modo da definire costi standard di Area Vasta, per poi divenire anche regionali. Sui farmaci e sui dispositivi si intende dunque lavorare in stretta collaborazione e condivisione con Regione Toscana, con ASL Centro e con ESTAR anche sui prodotti a basso valore economico singolo ma a grande impatto economico per l'elevato volume di utilizzo. Nel corso del 2018 sono stati ottenuti importanti risultati in termini di riduzione della spesa lavorando sul corretto uso di alcune classi di farmaci e di dispositivi medici (per esempio eparine a basso peso molecolare e cateteri Foley).

I dispositivi medici (DM) rappresentano una crescente voce di spesa per la nostra Azienda. Risulta quindi fondamentale sia gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti sia governare l'uso clinico dei prodotti vecchi e nuovi. Per conseguire questi obiettivi è necessario non solo valutare l'efficacia e il costo ma anche l'opportunità di introdurre nella pratica clinica gli

interventi sanitari ad essi correlati. E' stato per questo istituito nell'AOUC un gruppo di valutazione denominato Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM). La CADM nella valutazione delle richieste di nuovi DM, tiene conto della presenza di altri prodotti e/o tecnologie già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata, delle risorse economiche disponibili e dell'appropriatezza d'impiego dei dm e dell'opportunità di introdurre nella pratica clinica dell'AOUC gli interventi sanitari ad essi correlati. Nel 2019 questa commissione dovrà riunirsi con cadenza almeno mensile per assicurare risposte tempestive ma anche per valutare eventuali richieste urgenti di materiale non deliberato pervenute nel mese precedente. Queste richieste negli ultimi anni hanno avuto un impatto considerevole sulla spesa AOUC per DM e nel corso del prossimo anno dovranno essere ridotte anche per effetto del lavoro della CADM.

Nei primi mesi del 2019 si renderanno disponibili una serie di medicazioni avanzate di alto costo, per effetto delle aggiudicazioni della relativa gara regionale. La farmacia dovrà condurre una valutazione approfondita in collaborazione con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, riguardo l'uso appropriato e costo/efficacie di queste nuove tecnologie e successivamente organizzare una procedura di erogazione controllata e costantemente monitorata.

Nel 2019 saranno mantenuti i sistemi di verifica e controllo di procedure molto specialistiche e tecnologicamente avanzate che necessitano di dispositivi medici ad alto costo. Saranno dunque mantenuti in essere i registri di esito già avviati nel corso degli anni precedenti (TAVI, Mitraclip per valvola mitralica, stent e spirali cerebrali, ortopedia oncologica, valvole endobronchiali) e sarà creato un nuovo registro per le endoprotesi vascolari.

Sarà mantenuta una particolare attenzione alla rigorosa e corretta compilazione e manutenzione dei registri AIFA sia per il loro valore clinico che per l'impatto economico dovuto al loro ruolo nel recupero economico dei farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico.

Nel 2018 il settore di Farmacovigilanza AOUC ha inserito nella rete nazionale un numero di segnalazioni al di sopra dell'obiettivo regionale (100 ADR/100.000 giornate di degenza); l'obiettivo dell'anno 2019, in attesa di ricevere nuove indicazioni dalla Regione Toscana, è di mantenere lo standard del 2018.

Nella tabella sottostante gli obiettivi e relativi gli indicatori sull'appropriatezza del consumo dei farmaci e dei dispositivi medici:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INVIO ALLA FARMACIA SCHEDE AIFA E CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE PER ANTIBIOTICI A MONITORAGGIO AIFA	N. CONSULENZE INFETTIVOLOGICHE/ N. SCHEDE AIFA	= 100 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	SCOST. PERC. DDD ECHINOCANDINE/ 1000 GG DEGENZA	- 30 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	PERC. UP ENOXAPARINA BIOSIMILARE /TOT. ENOXAPARINA (BIOSIMILARE + BRANDED) PER PZ. IN DIMISSIONE	> 99 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	- 10 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	SCOST. PERC. GRAMMI IMMUNOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA/ PZ (RO+DH+AMB)	-10 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	PERC. UP FILGRASTIM / TOT. UP FATTORI STIMOLAZIONE COLONIE PER PZ IN DIMISSIONE	> 95 %
		PERC. UP EPOETINA ALFA / TOT. UP ALTRI PREPARATI ANTIANEMICI PER PZ. IN DIMISSIONE	> 98 %

		PERC. UP EPOIETINA ALFA BIOSIMILARE / TOT. UP EPOIETINA ALFA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR) PER PZ. IN DIMISSIONE	> 98 %
		PERC. MG RITUXIMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG RITUXIMAB ENDOVENA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
		PERC. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB SOTTOCUTE/ TOT. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 20 %
		PERC. MG TRASTUZUMAB ENDOVENA BIOSIMILARE/ TOT. MG TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
		PERC. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB SOTTOCUTE/ TOT. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 25 %
		PERC. UP ETANERCEPT SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ETANERCEPT (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %
		PERC. UP INFLIXIMAB BIOSIMILARE AGGIUDICATO/ TOT. UP INFLIXIMAB BIOSIMILARE	> 85 %
		UP PRESCRITTE ADALIMUMAB ANNO 2019/ UP PRESCRITTE ADALIMUMAB ANNO 2018	> 1
		DDD INFLIXIMAB /DDD TOTALI BIOLOGICI EV (INFLIXIMAB+VEDOLIZUMAB+USTEKINUMAB)	> 80 %
		PERC. UP ADALIMUMAB SOTTOCUTE BIOSIMILARE/ TOT. UP ADALIMUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 95 %
		PER. UP IMATINIB GENERICO/ TOT. UP IMATINIB (GENERICO+BRANDED) PER PZ IN DIMISSIONE	> 99 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	USO APPROPRIATO FARMACI AD ALTO COSTO	PERC. PZ. TRATTATI CON BEVACIZUMAB PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA (METASTATICO 1 LINEA)	< 5 %
		PERC. PZ. TRATTATI CON BEVACIZUMAB PER ADENOCARCINOMA POLMONARE (METASTATICO 1 LINEA)	< 5 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL EXTRA LISTE	N. RICHIESTE/ ANNO FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	<= 3
		PERC. RICHIESTE FARMACI OFF-LABEL EXTRA LISTE	< 2 %
		PERC. RICHIESTE FARMACI DA REGISTRO AIFA OFF-LABEL EXTRA LISTE	= 0 %
FARMACOVIGILANZA/ DISPOSITIVOVIGILANZA	INCREMENTO SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA/ DISPOSITIVOVIGILANZA	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA/ DISPOSITIVOVIGILANZA	

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. COSTO PER UTILIZZO DM AGGIUDICATI/ TOTALE COSTO DM	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER PROTESI ANCA PRIMO IMPIANTO (GARA REGIONALE)	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER VALVOLE AORTICHE	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER STENT INTRACRANICI	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER STENT CORONARICI	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER STENT CORONARICI	= 100 %
		V PERC. RISPETTO % DI GARA PER PACE MAKER	= 100 %
		PERC. RISPETTO % DI GARA PER DEFIBRILLATORI	= 100 %
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	ISTITUZIONE REGISTRO ESITO	PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INTERVENTO TAVI/ MITRACLIP CON INDICAZIONI ESITO	= 100 %
		PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INTERVENTO DI VALVOLE ENDOBRONCHIALI CON INDICAZIONE ESITO	= 100 %
		PERC. REGISTRAZIONI PAZIENTI CON PROTESI CUSTOM MADE	= 100 %
		PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INTERVENTO STENT/SPIRALI INTRACRANICI CON INDICAZIONE ESITO	= 100 %

APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	ISTITUZIONE REGISTRO DI IMPIANTO	PERC. REGISTRAZIONE PAZIENTI NEL REGISTRO DI IMPIANTO	= 100 %
------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------	---------

6.6 CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Nel primo semestre 2019 il progetto “ Careggi sorveglianza” vedrà coinvolte tutte le SOD di area medica, valutando l'aderenza al progetto di sorveglianza dei batteri multiresistenti agli antibiotici;

Le SOD chirurgiche verranno invece valutate sull'aderenza ai protocolli di profilassi antibiotica preoperatoria previsti nella procedura aziendale: una percentuale della casistica relativa ai principali interventi verrà sottoposta ad analisi tra l'intervento effettuato e la profilassi antibiotica messa in atto.

Tutto ciò è per il 2019 obiettivo di budget rispettivamente per le strutture mediche e per chirurgiche.

6.7 CORRETTA REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITA'

Si tratta di un obiettivo fondamentale non solo per la conoscenza dei fenomeni gestionali e clinici aziendali ma anche per il rilievo medico legale che si può negativamente riflettere sul contenzioso. Si tratta inoltre di un tema che ha assunto una fondamentale importanza anche in relazione al monitoraggio degli esiti da parte degli organi centrali. Da non sottovalutare assolutamente anche l'impatto economico negativo legato ad una deficitaria documentazione e la sua corretta traduzione e traslazione negli specifici flussi regionali.

Sono quindi obiettivi specifici per tutto il personale sanitario: completezza e tempestività compilazione documentazione sanitaria cartacea ove ancora presente ed informatica (cartelle cliniche di ricovero ed ambulatoriali, registro operatorio, consenso informato etc...) essendo stato nel corso del 2018 completato il percorso di informatizzazione con diffusione degli applicativi informatici relativi alla documentazione sanitaria; completezza e tempestività chiusura prestazioni per invio flussi nei tempi previsti. Obiettivi specifici per le strutture centrali: completamento dell'integrazione fra applicativi di gestione documentazione sanitaria e produzione flussi Sdo, Spa, Fed, Cap, Ivg, accreditamento, etc; formazione su corretta e completa tenuta della documentazione; formazione su corretta e completa produzione flussi.

E' stato inoltre confermato per il 2019 l'obiettivo per ciascun medico della compilazione delle “ricette dematerializzate” essendo possibile la tracciatura dei risultati per singolo dirigente, rientrando tale azione far gli adempimenti regionali.

6.8 TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità aziendale, prevista nel Piano triennale, è quella di consentire l'emersione degli ambiti di attività a rischio di corruzione che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove: nel 2019 si andrà pertanto progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio di corruzione, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione. Per prevenzione della corruzione si è inteso considerare in senso lato tutti i fenomeni di *maladministration*, che possono presentarsi nei processi di attività aziendali.

Nel 2014-2015 si è proceduto in via prioritaria alla mappatura delle aree di rischio obbligatorie e generali afferenti all'Area Tecnica, Amministrativa e di Staff della Direzione aziendale. Nel 2018 è iniziato un riesame di alcuni processi di attività di area tecnica amministrativa e di staff precedentemente analizzati, che continuerà progressivamente nel 2019; in particolare l'analisi avrà ad oggetto i processi di manutenzione, variante in corso d'opera e procedure in somma urgenza (Area Tecnica); i processi afferenti all'Amministrazione del personale (Area Amministrativa); i processi afferenti alla UO Sviluppo e BPR (Staff). Sui processi di Area tecnica mappati nel 2018 (programmazione, progettazione procedure di gara e realizzazione) nel 2019 verrà individuato il rischio corruttivo e proposte le misure di contenimento.

Nel 2016 è stato elaborato un progetto di mappatura per le aree di rischio specifiche (sanitarie), meglio definite "trasversali", in quanto si tratta di analizzare processi non proprio sanitari, ma che impattano, direttamente o indirettamente, anche sulle aree sanitarie. Il progetto è stato realizzato insieme ad ARS ed Illuminiamo la salute e sarà attuato progressivamente nel corso del triennio 2017-2019 con il coinvolgimento dei professionisti interessati, attraverso la costituzione di tavoli di confronto multidisciplinari ed analisi su specifici processi. Inizialmente sono stati privilegiati i processi trasversali che prevedono un rapporto con i soggetti privati, forieri di possibili situazioni di conflitto di interessi. Tale decisione è il naturale sviluppo del processo di analisi iniziato nel 2014, ancora in corso, avente ad oggetto il rapporto tra professionisti e fornitori. Nel 2017 sono stati analizzati in particolare i seguenti processi: formazione e convegnistica sponsorizzata, incarichi extra-impiego, rapporto con gli informatori medico scientifici, partecipazione a società scientifiche e associazioni di pazienti, gestione dei rifiuti e processo di gestione della salma. L'analisi è proseguita nel 2018 con i processi: acquisizione tecnologie sanitarie, sperimentazioni cliniche, acquisizione farmaci e dispositivi sanitari e gestione del consenso informato. Nel 2019 si intende analizzare il processo di utilizzo dei farmaci e dispositivi sanitari e la gestione del rischio clinico.

Nel 2018 è iniziata anche la mappatura dei processi sanitari; sono stati mappati i seguenti processi: nascita, emergenza urgenza e processo cure intensive post-chirurgia elettiva. Nel 2019 si mapperanno i restanti processi di area critica, il processo di riabilitazione e si approfondirà l'analisi dei processi ambulatoriale e chirurgico iniziata nel 2017.

Nel 2017 è iniziata anche l'analisi dei processi afferenti al Dipartimento delle professioni sanitarie (programmazione e valutazione delle risorse umane e gestione delle lesioni cutanee), che proseguirà nel 2019 con il processo di trasporto materiale biologico.

Per le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione verranno determinate le misure di contenimento, strutturato un piano di miglioramento e previsto il successivo controllo e monitoraggio.

Sempre nel 2019, nel corso del progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico", proseguirà l'analisi dei processi trasversali, dove verranno organizzati nuovi momenti formativi specifici con il coinvolgimento di formatori esperti.

Nel 2019 partirà anche un progetto in collaborazione con UNIFI e Illuminiamo la salute che ha lo scopo di diffondere la politica di prevenzione della corruzione, la promozione della trasparenza e la cultura dell'etica e dell'integrità tra gli studenti in formazione specialistica.

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, continueranno le forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della trasparenza, con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi



collettivi. Per il 2019 è in valutazione un progetto con Trasparenza Italia avente lo scopo di semplificare il sito sezione "Amministrazione Trasparente" per renderlo maggiormente comprensibile agli stakeholder.

L'Azienda ha investito notevoli risorse nella formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza fin dall'inizio, nella convinzione che la corruzione, sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione. I dipendenti sono stati accompagnati in questo percorso di formazione consapevole che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento organizzativo a cui tutti possano partecipare attivamente. A questo fine la formazione dedicata alla prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità rientrerà anche per quest'anno fra i capitoli del Piano Formativo Aziendale. Nel 2016 è stata somministrato un percorso di formazione in FAD rivolto a tutti gli operatori dell'Azienda che continuerà anche nel 2019 per i nuovi assunti e per gli studenti in formazione specialistica.

Le misure di prevenzione della corruzione proposte a seguito delle mappature, indicate nel Piano per la prevenzione della corruzione aziendale, saranno tradotte anche per il 2019 in obiettivi organizzativi ed individuali; tutte le strutture dovranno infatti realizzare, come negli anni passati, quanto previsto nel Piano Triennale per la prevenzione corruzione trasparenza ed integrità.

ALLEGATO A – SCHEDA DI BUDGET

Di seguito un esempio di scheda di valutazione individuale.

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC.	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO	
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1568	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	3	-1.37	< .04	-76	-0,79	100
		IND1215	PRESENZA MEDIA NELLA SOD PER DRG MEDICI URGENTI	3	6.5	< 6.5	6.77	0,27	80
APPROPRIATEZZ A MEDICA	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI BREVI	IND581	MES: PERC. RICOVERI MEDICI BREVI	3	13.57 %	< 15 %	9.95 %	-5,05	100
	CONTENIMENTO RICOVERI MEDICI OLTRE SOGLIA	IND1570	MES: PERC. RICOVERI MEDICI OLTRESOGLIA >= 65 ANNI	3	.84 %	< 1.69 %	1.79 %	0,1	80
ESITO	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5	4.82 %	< 5 %	11.71 %	0,71	60
		IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIVO	5	7.09 %	< 6 %	3.37 %	-2,63	100
		IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	5	11.48 %	< 9 %	18.49 %	9,49	0
		IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	5	3.92 %	< 5 %	10 %	5	60
		IND1749	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	3	9.34 %	< 16 %	11.2 %	-4,8	100
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI CRISP	IND1667	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	3	6.43 %	< 6.1 %	6.73 %	0,63	90
		IND1579	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	3	11.9 %	< 10.8 %	15.79 %	4,99	50
APPROPRIATEZZ A DI PERCORSO	SEGNALAZIONE PRECOCE PZ. COMPLESSI AD AGENZIA CONTINUITA'	IND544	PERC. N. SEGNALAZIONI CASI COMPLESSI ENTRO 72 ORE DALL'AMMISSIONE/ TOT. CASI SEGNALATI	3	62.04 %	> 80 %	54.12 %	-25,88	60
CORRETTA REGISTRAZIONE	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	3	%	= 100 %	100 %	0	100
	CORRETTEZZA/ COMPLETEZZA CODIFICA/ DOCUMENTAZ. SANIT.	IND1686	VALUTAZIONE PERC. ESITO SUPERAMENTO CONTROLLI REGIONALI	2	%	= 100 %	%		

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC.	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	SCOST VS VAL ATTESO	% RAGGIUNGIMENTO	
APPROPRIATEZZ A PRESTAZIONI RICHIESTE	APPROPRIATEZZA PREST. RICHIESTE DI DIAGN. DI LABORATORIO	IND1674	SCOST. PERC. COSTO PREST. RICHIESTE DI LABORATORIO PER PZ RICOVERATI/ GG DEGENZA R.O. (v6 2016)	3	%	-5 %	-13.28 %	-8,28	100
APPROPRIATEZZ A CONSUMO FARMACI	APPROPRIATEZZA SCELTA FARMACI ANTIFUNGINI	IND1016	SCOST. PERC. COSTO FARMACI ANTIFUNGINI INIETTABILI ALTO COSTO PER GG DEGENZA	2	-59.01 %	< 0 %	40.07 %	40,07	0
	APPROPRIATEZZA TERAPIA ANTIBIOTICA INIETTABILE	IND1015	SCOST. PERC. COSTO ANTIBIOTICI INIETTABILI PER GG DEGENZA	2	-10.58 %	< 0 %	12.2 %	12,2	0
	APPROPRIATEZZA CONSUMO ALBUMINA	IND1021	SCOST. PERC. COSTO ALBUMINA PER GG. DEGENZA	2	-26.64 %	< 0 %	-2.46 %	-2,46	100
	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE	IND1723	PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA + BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. RICOVERATI	3	%	> 80 %	77.82 %	-2,18
APPROPRIATEZZA CONSUMO EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE		IND1743	PERC. (PARNAPARINA + NADROPARINA + BEMIPARINA)/TOT. EBPM PER PZ. IN DIMISSIONE	3	%	> 80 %	63 %	-17	80
APPROPRIATEZZ A CONSUMO DISPOSITIVI	APPROPRIATEZZA UTILIZZO CATERISMO FOLEY	IND599	PERC CONSUMO CATERISMO FOLEY IN LATTICE SILICONATO/ TOTALE CATERISMO FOLEY	3	40 %	> 80 %	82.52 %	2,52	100
FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVO/ VIGILANZA	RIDUZIONE COSTO MATERIALE PER MEDICAZIONE FERITE, PIAGHE, ULCERE	IND1354	SCOST. PERC. CONSUMO MATERIALE PER MEDICAZIONE, FERITE, PIAGHE, ULCERE	2	-12.88 %	< 0 %	-27.03 %	-27,03	100
	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	IND1002	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVO/ VIGILANZA	1	0	> 1	1	0	100

FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVO/ VIGILANZA	INCREMENTO/MANTENIMENTO SEGNALAZIONI	IND1001	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	2	7	> 13	7	-6	50
DEMATERIALIZZAZIONE	INCREMENTO PRESCRIZIONI ELETTRONICHE	IND595	N. PRESCRIZIONI ELETTRONICHE/ TOTALE PRESCRIZIONI	3	100 %	> 80 %	100 %	20	100
SICUREZZA	IMPLEMENTAZIONE CARTELLA AMBULATORIALE INFORMATIZZATA	IND1320	VALUTAZIONE PERC. UTILIZZO CARTELLA AMBULATORIALE	2	%	= 100 %	%		
	REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO DEL DVR O RICHIESTI DA SPP	IND1013	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE INTERVENTI PIANO MIGLIORAMENTO O RICHIESTI DA SPP	5	100 %	= 100 %	100 %	0	100
PREVENZIONE CORRUZIONE, TRASPARENZA, INTEGRITA'	REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER PREVENZIONE CORRUZIONE	IND1417	VALUTAZIONE PERC. REALIZZAZIONE OBIETTIVI PREVISTI NEL PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE CORRUZIONE	5	%	= 100 %	100 %	0	100
ADESIONE PERCORSO BUDGET	DECLINAZIONE OBIETTIVI BUDGET IN OBIETTIVI INDIVIDUALI	IND1322	VALUTAZIONE PERC. DECLINAZIONE OBIETTIVI BUDGET IN OBIETTIVI INDIVIDUALI	5	100 %	= 100 %	100 %	0	100
	PARTECIPAZIONE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DELL'AZIENDA	IND1673	PERC. RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET DALLE STRUTTURE DELL'AZIENDA	5	%	= 100 %	%		

Firma Direttore SOD/IO

Firma Direzione Aziendale

ALLEGATO B - SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE

Di seguito un esempio di scheda di valutazione individuale.

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">VALUTATO</th></tr> <tr><td>Cognome e nome _____</td></tr> <tr><td>Profilo professionale _____</td></tr> <tr><td>Incarico DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA</td></tr> </table>	VALUTATO		Cognome e nome _____	Profilo professionale _____	Incarico DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	VALUTAZIONE PERFORMANCE ANNO 2016 PERSONALE DIRIGENTE	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">VALUTATORE</th></tr> <tr><td>Cognome e nome _____</td></tr> <tr><td>Ruolo _____</td></tr> </table>	VALUTATORE		Cognome e nome _____	Ruolo _____
VALUTATO											
Cognome e nome _____											
Profilo professionale _____											
Incarico DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA											
VALUTATORE											
Cognome e nome _____											
Ruolo _____											

PARAMETRI /sottoparametri	Indicatori/criteri	Pesì	% raggiungimento obiettivi	Parametrazione
PERFORMANCE STRUTTURA GESTITA				
Grado di raggiungimento obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	% di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alla struttura gestita	60		60,0
Scala di valutazione				
			Non adeguato	Parametrazione
			Migliorabile	
			Adeguato	
			Buono	
			Eccellente	
			2	10
			4	
			6	
			8	

		20					
obiettivo individuale	presenza di programmazione delle attività clinico organizzative in coerenza con gli obiettivi operativi assegnati dalla direzione aziendale; presenza di programmazione e verifica orario di lavoro	20					0,0
		Totale					0,0
COMPETENZE MANAGERIALI		10					
Orientamento all'utente	Capacità di relazionarsi con l'utente e con i familiari in modo adeguato, anche modificando ed orientando le proprie abitudini e modalità di lavoro (<i>presenza o meno di reclami, elogi e riconoscimenti, attivazione e partecipazione a gruppi di lavoro o di progetto su tematiche relative alla facilitazione dell'accesso dell'utenza ai servizi ed al miglioramento dell'accoglienza</i>).	10					0
totale		Totale					0
CAPACITA' DI VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO E SVILUPPO DELL'ETICA PROFESSIONALE		10					
Capacità valorizzare il capitale umano e di adeguare lo sviluppo etico e professionale del personale assegnato	Orientamento ai contenuti del "Piano per la prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità" e del "Codice etico e di comportamento aziendale" (<i>pubblicazione del curriculum sul sito aziendale, emanazione di indicazioni in materia, partecipazione agli eventi formativi aziendali da parte propria e dei collaboratori</i>).	2,5					0,0
	Capacità di pianificare le attività dei propri collaboratori nel rispetto degli obblighi contrattuali, con particolare riguardo all'orario di lavoro ed alle modalità di svolgimento della libera professione intramuraria (<i>corretta programmazione di piani di lavoro, ferie, formazione e dall'assenza di ingiustificate anomalie nella rilevazione oraria</i>).	2,5					0,0
	Rispetto dei propri obblighi contrattuali, con particolare riguardo all'orario di lavoro ed alle modalità di svolgimento della libera professione intramuraria (assenza di debiti orari e di anomalie nella rilevazione oraria dell'esercizio della libera professione).	2,5					0,0
	Efficacia nel promuovere l'iniziativa bottom-up, la motivazione ed il lavoro in team dei collaboratori (<i>valutazione e considerazione di proposte progettuali o di iniziative provenienti dai propri collaboratori, riunioni di struttura su tematiche organizzative di interesse comune e volte anche a creare reali opportunità di confronto, crescita e realizzazione</i>).	2,5					0,0
		Totale					0,0
		INDICE DI PERFORMANCE INDIVIDUALE					60

COMMENTI DEL DIRETTORE _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____
FEED BACK DEL DIRIGENTE _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____